

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 15 janvier 1951

PAR

Claude KESMARSZKY

né le 21 mars 1925, à Paris (13^e)

Les Tendances actuelles du Dépistage et du Traitement des Anomalies Psychiques CHEZ L'ENFANT D'AGE SCOLAIRE

Président : M. HENRI BENARD, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1951

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 15 janvier 1951

PAR

Claude KESMARSZKY

né le 21 mars 1925, à Paris (13^e)

Les Tendances actuelles du Dépistage et du Traitement des Anomalies Psychiques

CHEZ L'ENFANT D'ÂGE SCOLAIRE

Président : M. HENRI BENARD, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1951

DOYENS HONORAIRES :
MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN, ROUSSY

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BASSET, BAUDOUIN, BEZANÇON, BRINDEAU,
CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN,
HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE,
LENORMANT, MARION, MULON, OMBREDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE
SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON

DOYEN : LÉON BINET, *Membre de l'Institut*
ASSESEUR : Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (f.f.).
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	{ BROcq.
	{ CADENAT.
	{ MONDOR.
	{ QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (f.f.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale....	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	N...
Cliniques médicales	{ BENARD (H.).
	{ CHABROL.
	{ HARVIER.
	{ LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	N...
Cliniques obstétricales	{ LANTUÉJOUL.
	{ LÉVY-SOLAL.
	{ PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embriologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.

Histologie	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHAMPY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	BESANÇON (Justin-).
Hygiène et médecine préventive.....	CATHALA.
Médecine du Travail	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	PIÉDELIEVRE.
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (E.).
Pathologie exotique	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER.
Pathologie médicale	LEMAIRE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	MOREAU.
Pharmacologie et matière médicale	DE GENNES
Physiologie	HAZARD.
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) ..	BINET (Léon).
Puériculture	RICHET.
Radiologie médicale	LELONG.
Stomatologie	DESGREZ (Henri).
Physique médicale	DECHAUME.
Technique chirurgicale	STROHL.
Thérapeutique	MOULONGUET.
	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 HALPHIEN (*Oto-Rhino-Laryngologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 Mlle J. LÉVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER.	Obstétrique	{ DIGONNET.
	{ DELMAS.		{ MAYER.
	{ DEBEYRE (f.f.)		{ SUREAU.
Anat. pathologique..	{ DELARUE.	Ophtalmologie	{ VARANGOT.
	{ M ^{lle} GAUTHIER	Oto-rhino-laryngol...	{ OFFRET.
	{ VILLARS.	Parasitologie	{ AUBIN.
Bactériologie	{ BONNET.		{ BRUMPT, L.C.
	{ FASQUELLE.		{ FEVRE.
Biochimie médicale.	{ ETTORI.	Pathologie chirurgic.	{ HUGIER.
	{ SCHAPIRA.		{ LEGER.
Dermato-Syphillogra- phie	DEGOS.		{ MERLE d'AU- BIGNÉ.
Histologie	{ COUJARD.	Psychiatrie	{ BARUK.
	{ DESCLAUX.	Urologie	{ COUVELAIRE.
Hydrologie	DEBRAY.		{ PADOVANI.
Hygiène	{ BOYER.	Pathologie chirurgic.	{ PATEL.
	{ DEPARIS.		{ ROUX.
Médecine légale ...	DESOILLE.		{ RUDLER.
Neurologie	DE SEZE.		{ SICARD.

Pathologie expériment.	MERKLEN.	Pédiatrie	(LAPLANE.
	{ BROUET.		(MARIE (Jul.).
	CACHERA.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	DECOURT.	Physiologie	(BARGETON.
	DREYFUS (G.)		(PARROT.
	FAUVERT.	Physique médicale .	DJOURNO.
	GARCIN.	Thérapeutique Agr.	BROUET.
Pathologie médicale.	{ HAMBURGER.	ch. dens.	
	KOURILSKY.		
	LAMY.		
	LENÈGRE.		
	MARCHAL.		
	MAURIC.		
	{ SOULIE.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
RAPPelés A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS
MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	{ AMELINE.		{ BARIETY.
	BASSET.		BOULIN.
	DE GAUDART		CHEVALIER.
Cliniq. chirurgicale.	{ D'ALLAINES.		COSTE.
	F. BRENTANO.	Clinique médicale ..	{ DE GENNES.
	GATELLIER.		HAGUENEAU.
	MENEGAUX.		MOLLARET.
Cliniq. obstétricale .	{ ECALLE.		MOUQUIN.
	LACOMME.		TURPIN.
Clinique ophtalmol. .	RENARD.	Clinique O.R.L.	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS
Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.
Bibliothécaire en Chef.. A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde affection

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HENRI BÉNARD

Professeur de la Clinique Médicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Médecin-Chef de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse. En témoignage de
notre respectueuse gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS TURPIN ET FÈVRE

Hommages respectueux.

I. — AVANT-PROPOS

Cette thèse n'est pas le travail d'un spécialiste de la psychiatrie infantile. Elle ne prétend en aucune façon rénover le problème des enfants inadaptés scolaires, mais tout au plus le poser avec netteté.

Il nous a en effet paru, au seuil de notre carrière médicale, que le clinicien se devait d'être au courant des tendances actuelles du problème de l'enfant qui lui est montré parce qu'il n'est pas capable de suivre les classes scolaires normales. Enfant inadapté, déficient, instable, hyperémotif, rêveur, timide, toutes les épithètes ont été appliquées, avec plus ou moins de bonheur, à cette catégorie d'enfants dont le seul point commun est l'inaptitude scolaire, le reste du comportement paraissant au moins à première vue normal.

Autrefois, on se bornait à considérer un tel enfant comme un cancre, un fruit sec, déshonneur de la famille, et on lui faisait cesser plus ou moins tôt sa scolarité pour un apprentissage d'un métier manuel dans lequel l'enfant réussissait plus ou moins bien — ou mal.

Puis vint ce que nous serions tenté d'appeler la phase médicale de l'inadaptation scolaire. A la suite des travaux de Léopold LÉVY; on vit dans tout enfant retardé un endocrinien; si cette conception est souvent juste, elle n'explique rien, et corrige encore moins le déficit. Dans tous les cas, un enfant

inadapté nécessite un traitement médical, très souvent il faut corriger un déséquilibre glandulaire. Mais là ne s'arrête pas le redressement ; un médecin pédagogue me disait autrefois : ce n'est pas avec des piqûres qu'un enfant apprend à lire. Les piqûres sont utiles, mais les leçons de lecture le sont autant.

Nous sommes ainsi arrivé à l'ère psychopathologique, au cours de laquelle l'élément psychique prédominait ; toute anomalie du comportement chez un enfant relève d'une anomalie psychique, et par conséquent des thérapeutiques s'adressant surtout à une rééducation des mécanismes mentaux perturbés. A vrai dire, si la conception psychique de l'anomalie mentale chez l'enfant prédominait, elle ne régnait pas seule, et le soutien médical n'a jamais fait défaut.

Il nous semble cependant que l'épanouissement, ou plus exactement la renaissance, de la médecine psychosomatique ait eu une influence heureuse dans l'orientation du redressement des anomalies psychiques de l'enfant. Tandis que se développait à vive allure l'application des tests, mais comprise dans un sens large, avec interprétation également des faits notés au cours de l'observation individuelle soigneuse et prolongée de l'enfant, la projection, sur le comportement psychique, de l'état somatique faisait l'objet elle aussi d'études très poussées. La formule actuelle, si elle n'est ni parfaite, ni d'ailleurs définitive, marque un énorme progrès sur ce qu'on avait utilisé jusqu'ici, en particulier dans le soin apporté au dépistage d'anomalies psychiques, si légères soient-elles, susceptibles d'expliquer l'échec scolaire de l'enfant.

Nous n'avons pas ici en vue les grosses perturbations mentales, apparentes rapidement, dès la petite enfance, et qui constituent une entrave au

développement psychique, et souvent physique, de l'enfant. Troubles de caractère profonds, anomalies du comportement affectif, ou psycho-moteur, autant de manifestations qui s'imposent au moins averti des observateurs, empêchent l'enfant de s'adapter normalement à la vie familiale et sociale ; de tels enfants ne se présentent généralement pas dans les établissements scolaires normaux, et en tous cas ils ne peuvent y rester longtemps.

Beaucoup plus intéressantes à notre sens, parce que plus fréquentes et plus difficiles à mettre en évidence, sont les petites anomalies affectives, psychomotrices, caractérielles qui passent inaperçues dans le milieu familial, qui est, lui si souvent doté d'une si large adaptation aux besoins de l'enfant, mais qui vont se révéler tôt ou tard au cours des études. Pourquoi cet enfant, en apparence « normal », échoue-t-il piteusement au cours de sa scolarité ? Un tel problème se pose fréquemment aux familles, et actuellement aussi au personnel enseignant, qui ne se contente plus, comme autrefois, de refouler au fond de la classe les « cancre », mais qui cherche à préciser les causes de cette paresse, de ces échecs, et d'y remédier.

La large application de ces mesures de dépistage et de redressement des anomalies de l'écopier va avoir, dans un avenir prochain, des conséquences favorables énormes sur l'orientation de l'enfant au cours de la scolarité, puis après elle, dans la vie professionnelle. D'ici quelques années, nous ne devrions plus voir de ces sujets exerçant un métier pour lequel ils ne sont nullement faits : grands myopes appelés par leur profession à écrire toute la journée, hyperactifs condamnés à une vie sédentaire, sujets fatigables ayant un métier exigeant la position debout, etc...

Car le dépistage des anomalies chez l'enfant a un double but :

— Tout d'abord, le redressement des phénomènes observés, dans la mesure où il est possible :

— Ensuite, l'utilisation, serions-nous tenté de dire, de ces anomalies qui peuvent, dans certaines activités, comporter des avantages. L'orientation professionnelle n'a pas d'autre but que d'utiliser à la fois les aptitudes et les lacunes constatées chez un sujet donné. Et si nous mêlons les anomalies psychiques aux phénomènes physiques, c'est que de plus en plus ils apparaissent indissociables, pour réaliser la nature psychosomatique du sujet.

*
**

C'est d'un point de vue aussi pratique que possible que nous désirons nous placer ici. Nous voulons en effet surtout aborder le problème tel qu'il se présente au médecin de famille consulté. C'est dire que généralement il ne s'agit que d'anomalies très minimales, passées souvent inaperçues par les parents ; ou bien ceux-ci s'inquiètent cependant d'un comportement scolaire anormal, ou bien ils sont alertés par les maîtres, par le personnel psychotechnique attaché à l'établissement scolaire que fréquente l'enfant. C'est en définitive au médecin à orienter l'enfant soit vers un spécialiste si l'anomalie s'affirme, soit vers un traitement médical si l'état somatique de l'enfant le réclame, les deux éventualités n'étant d'ailleurs pas incompatibles dans la plupart des cas.

Nous rappellerons donc brièvement les principales anomalies psychiques telles qu'elles se présentent au clinicien consulté, c'est-à-dire généralement dans leurs formes bénignes : troubles caracté-

riels, troubles psychomoteurs, enfin anomalies affectives, si difficiles à mettre en évidence.

Nous verrons ensuite de quels moyens nous disposons pour étudier le comportement de l'enfant et mettre en évidence l'anomalie responsable ; interrogatoire des parents d'abord, détermination du niveau mental de l'enfant grâce aux méthodes d'exploration si bien mises actuellement au point ; examen neuropsychique proprement dit enfin.

Les constatations ainsi faites devront alors être interprétées, puis traitées, selon la nature des troubles observés, par des méthodes médicales, par la psychothérapie aussi, chaque fois que nécessaire.

Il s'agit là d'un problème extrêmement important, puisqu'il conditionne tout l'avenir de l'enfant. Combien d'anomalies minimales ont été le point de départ d'une mauvaise orientation scolaire d'abord, professionnelle ensuite, d'un sujet dont toute la vie s'est trouvée compromise. La correction en son temps d'un trouble du comportement, parfois même sa simple reconnaissance, peuvent éviter toute une série de déboires et d'échecs qui feront du sujet qui en est victime « un raté », un fruit sec, un incompris, en tout cas un malheureux, alors qu'il sera, pour sa famille, et pour la société tout entière, une charge perpétuelle.

A l'heure où les conceptions sociales subissent de si profonds remaniements, où l'individu prend une valeur toujours plus grande, parce qu'elle le dépasse et concerne toute la société, il est nécessaire d'utiliser au maximum les capacités de chacun ; en méconnaissant à l'origine certaines manifestations psychiques encore bénignes, on compromet tout l'avenir d'un sujet qui, redressé à temps, aurait été utile à lui-même et à la société tout entière.

II. — RAPPEL DES PRINCIPALES ANOMALIES PSYCHIQUES DE L'ENFANT

Il n'est pas dans nos intentions d'exposer ici toutes les anomalies mentales susceptibles d'être observées chez l'enfant. Nous n'avons en vue que les anomalies minimales du comportement, compatibles avec une vie familiale et sociale normale, mais qui ne se révèlent qu'à la période scolaire, et indirectement, par un échec plus ou moins précoce au cours des études.

On a l'habitude, pour simplifier l'étude des troubles caractériels de l'enfant, de les exposer les uns après les autres ; mais dans la pratique médicale, on les trouvera très souvent associés, pour réaliser un tableau plus ou moins complexe, mais généralement dominé par l'une ou l'autre des anomalies que nous allons passer en revue. Troubles caractériels, troubles psychomoteurs, anomalies affectives, telles sont les trois grandes catégories dans lesquelles nous rangerons les manifestations pour lesquelles le clinicien est consulté, non pas directement pour elles d'ailleurs, mais pour leur retentissement indirect sur le comportement de l'enfant à l'âge scolaire.

Les manifestations qui caractérisent les différents types de troubles caractériels n'ont pas la précision ni la constance des symptômes physiques. Il s'agit d'une perturbation plus ou moins profonde de

la personnalité juvénile, par troubles caractériels et attitude du milieu, et retentissant de façon complexe sur l'adaptation de l'enfant à la famille, puis à l'école, en attendant que ce soit à la société.

Il s'agit généralement d'enfants « difficiles », turbulents, violents, remuants, inattentifs, changeants dans leurs activités, leurs intérêts, voire leurs sentiments (LE GUILLANT), par conséquent avant tout et presque toujours, des instables. Dans certaines limites, l'enfant est toujours un instable ; s'il joue, il change spontanément et très souvent de jeu ; plus tard, au début de la scolarité, les maîtres savent bien qu'il ne faut pas lui demander une attention longtemps soutenue, mais que le rendement sera meilleur si l'activité est fréquemment changée de but, de sens, de moyens. Chez l'enfant normal, la maîtrise de cette instabilité se fait progressivement, d'ailleurs plus ou moins tôt selon les sujets, et l'écolier devient capable de fournir un effort soutenu dans un seul sens. C'est en somme la persistance de l'instabilité du premier âge qui forme l'anomalie dite instabilité chez le grand enfant, l'adolescent, l'adulte.

L'intensité de l'instabilité physiologique des premières années, et surtout sa persistance, vont attirer l'attention des parents, des maîtres. L'enfant ne peut demeurer le temps de la classe assis à sa table, silencieux, attentif. Une première manifestation inquiétante de l'instabilité prendra la forme de l'école buissonnière et, à un degré de plus, de fugues.

A côté de l'instabilité qui, répétons-le, forme l'arrière-fond de la plupart des troubles caractériels, nous allons trouver toutes les formes de l'hyper-émotivité : ici, cependant, c'est la passivité qui domine, l'enfant rougit, se trouble, il est paralysé

à tout propos, timide, craintif. Une timidité excessive l'empêche de s'exprimer, et la scolarité s'en ressent évidemment ; il fuit ses camarades, ou se laisse brimer par eux. D'où une tendance à l'isolement, à la solitude, au rêve ; un sentiment de culpabilité entraînant souvent des mensonges, des fuites. De tels enfants peuvent être également anxieux, obsédés, préoccupés, craintifs, en proie à des idées fixes, des manies, ou des phobies sans signification apparente. D'autres encore conserveront un comportement puéril, sorte de refuge qui leur permet d'échapper aux contacts et aux luttes toujours nécessaires dans les rapports sociaux.

Une autre forme de troubles caractériels concerne l'impulsivité ; l'enfant agit de façon brusque, irréfléchie, brutale même, il ne peut se contrôler à l'occasion d'une colère, d'un désir, d'une contrariété. L'irritabilité de ces enfants s'explique en particulier chez les épileptoïdes, qui ont un passé de convulsions, ou des hérédités tarées, alcooliques par exemple.

Apathie et irritabilité vont se succéder, en des phases alternées, plus ou moins prolongées, chez les périodiques qui, pendant des semaines, seront déprimés et apathiques, tristes, découragés, puis seront ensuite excités, instables, turbulents.

Chez les pervers, on va trouver des défauts graves, aboutissant à des actes délictueux ; ce comportement s'explique par une absence d'affectivité, d'émotivité. Ce sont des enfants cruels, au comportement antisocial que l'on rattache à une prédisposition constitutionnelle contre laquelle on demeure assez désarmé. Mais cette forme de troubles caractériels est rare en pratique courante, et elle ne se voit guère que sous la forme atténuée de conduites de désobéissance, vols, mensonges, indiscipline rele-

vant elles-mêmes d'un trouble caractériel initial qu'il convient de mettre en évidence. Ces enfants sont « paresseux », opposants, et présentent une pauvreté affective qui frappe leur entourage.

D'autres anomalies peuvent être rencontrées chez des enfants par ailleurs normaux : l'énurésie prolongée, la masturbation, l'hystérie, avec manifestations mythomaniaques ou pithiatiques ; chez l'enfant paranoïaque, l'intelligence est souvent vive, mais le comportement caractériel l'empêche de s'exercer. On a en effet un enfant buté, opposant, orgueilleux, et qui, par conséquent, ne se pliera pas à la discipline scolaire.

* * *

TROUBLES AFFECTIFS

En cas d'inadaptation scolaire, l'intelligence peut être non seulement normale, mais supérieure à la moyenne. C'est le niveau affectif qui est responsable des anomalies du comportement. La première pierre de touche du comportement affectif de l'enfant est son attitude à l'égard de sa mère ou de la personne qui en joue le rôle. Mais d'autres facteurs vont contribuer à préciser le degré de son autonomie. Très vite l'enfant doit être capable de participer à des jeux collectifs, sans l'intervention, la protection des parents. Certains enfants privés de leurs parents n'acceptent pas leur faiblesse, et acquièrent un sentiment d'insécurité exagéré, que l'on a rattaché, à la suite de la connaissance de l'appartenance à un sexe, au complexe dit de castration. Une évolution affective normale suppose vers cinq ans une confirmation psychique de la virilité ou de la féminité, par des goûts, des projets,

des aspirations qui font imiter le père, ou la mère. Les psychologues pensent que si vers l'âge de cinq ou six ans on ne trouve pas traces du « complexe d'OEdipe », il faut craindre que l'enfant soit profondément inhibé dans sa sensibilité, avec blocage aboutissant non pas à l'indifférence, mais à une attitude d'inversion affective : il s'agit alors d'une persistance de l'attachement à la mère, sentiment le plus primitif chez l'enfant, et qui doit par cela même être considérée comme une arriération affective.

L'arriération affective ne comporte d'ailleurs pas que des lacunes et des carences ; il peut y avoir au contraire un excès de sensibilité, avec attachement exagéré de l'enfant pour sa mère. Mais même dans ce cas, il y a également insuffisance de sensibilité dans ce sens que l'enfant est incapable d'éprouver les sentiments qui doivent le rendre capable de vivre selon ses véritables besoins. Jusqu'à une certaine mesure, la croissance elle-même peut être entravée par ce comportement, qui exige, pour satisfaire les lois vitales les plus élémentaires, alimentation, sommeil, la présence de la mère par exemple. L'obnubilation affective arriverait ainsi à entraver la croissance sur le plan organique : « Nous nous sommes plusieurs fois demandé », écrit J. BOUTONIER, « si c'est par hasard que tant d'enfants à la période prépubertaire présentent à la fois de la scoliose et une arriération affective qui apparaît comme une sorte de refus profond de sortir de l'enfance et de grandir. »

TROUBLES PSYCHOMOTEURS

Nous retrouvons ici une anomalie du comportement que l'on a coutume de faire figurer parmi les troubles caractériels : l'instabilité, dont nous voyons l'importance, puisqu'elle forme l'arrière-plan de la plupart des phénomènes pathologiques que nous étudions. L'instabilité est évidemment une hyperactivité par manque de contrôle et de coordination psychomotrice, au même titre, mais sous une forme plus générale, que le seront les autres modalités psychomotrices : ties, bégayement et énurésie.

Instabilité. — Considérée sous l'angle non plus psychique pur, mais cette fois psychomoteur, l'instabilité consiste en une tendance perpétuelle de l'enfant à changer de place comme il change d'occupation. Compte tenu des variations individuelles d'une instabilité qui, nous le répétons, est physiologique dans les premières années de la vie, nous verrons chez l'instable un enfant remuant, se levant de table au cours du repas, s'arrêtant de travailler en classe pour remuer, jouer, parler, quitter sa place, la reprendre. Il semble donc très vif ; en réalité, il ne mène sa tâche que très lentement, sans jamais la terminer ? Insupportable dans la famille, dont il perturbe la vie, il a un rendement scolaire nul ; de plus, il gêne la classe, les autres écoliers, et se rend vite indésirable.

Le médecin qui a devant lui un tel enfant peut ne pas être frappé par l'agitation. En effet, deux éventualités sont possibles :

— dans un premier cas, l'enfant, dévêtu pour l'examen physique est instable, incapable d'obser-

ver l'immobilité, il change de position, bouge les membres, les mains, grimace, réalisant ce qu'HEUYER appelle « le prurit moteur » avec incoercibilité de mouvements ; il s'agit évidemment d'instabilité motrice pure ou essentielle telle qu'elle a été décrite par ABRAMSON. Il n'est pas rare que de tels enfants présentent de petits tics, de la face, des paupières, tics sans lutte ni anxiété, à distinguer des tics dits obsessionnels ;

— dans un second cas, au contraire, l'enfant se présente devant le médecin sans anomalies motrices ; il se tient tranquille, parfois simplement remuant. La famille est la première frappée par cette différence d'attitude en consultation, et en milieu scolaire, ou familial. L'interrogatoire va alors révéler que l'instabilité ne se révèle que dans certaines circonstances, par exemple en classe, ou dans la famille ; nous retrouvons alors ici l'instabilité psychique que nous avons évoquée à propos des troubles caractériels. L'élément moteur n'intervient pas, et c'est une réaction purement psychique, d'agressivité, qui conditionne cette attitude, soit envers les maîtres, les camarades, les parents ou les frères et sœurs. On comprend les conséquences lointaines d'une telle attitude : le trouble initial a souvent tendance à s'amender spontanément, mais essentielle ou secondaire, l'instabilité risque d'avoir des répercussions sociales ; l'enfant ne peut rester dans le milieu familial, ou bien il est renvoyé de l'établissement scolaire qu'il fréquentait. Des conflits naissent et renaissent, où que soit l'enfant ; son avenir social est compromis. Nous connaissons tous ces types d'adultes qui changent perpétuellement d'emplois parce que chaque fois ils se rendent indésirables, et ont le sentiment de ne pas être

accueillis et appréciés comme ils pensent le mériter. Poussée au plus noir, l'évolution d'une telle instabilité aboutit au vagabondage et à la délinquance.

Il n'est pas toujours facile de distinguer entre l'instabilité et l'hypomanie (agitation motrice, logorrhée, familiarité, inintimidabilité) et de la chorée mentale, ou la chorée des dégénérés de BRISSAUD, l'instabilité subchoréique.

Tics. — Il faut rechercher les tics chez l'enfant et en tenir compte comme l'expression d'un trouble psychomoteur révélateur. Les mouvements, de sièges variables, peuvent être brusques, intenses ou non ; parfois systématisés, en faisant une véritable caricature de l'acte volontaire. Le tic, toujours inopportun, peut être variable, plus ou moins étendu, de localisation modifiée, comme peuvent être variables la fréquence, l'intensité. Le tic peut disparaître dans des conditions particulières, variables pour chaque sujet.

Le tic apparaît chez l'instable, mais aussi chez d'autres enfants, réalisant une sorte d'obsession motrice. L'enfant tiqueur bien étudié, présente généralement une anomalie caractérielle primitive, arriération affective, opposition, agressivité contenue, conflit familial. « Le tic est l'expression motrice d'un conflit dont l'organisation névrotique est certaine ».

Bégaiement. — C'est un trouble psychomoteur intéressant le langage, et caractérisée par deux sortes de manifestations : le bégaiement tonique, arrêt de l'émission vocale accompagné d'efforts pour parler ; le bégaiement clonique, par répétition de syllabes.

Ces troubles ne sont pas particuliers à un son articulé particulier. Ils apparaissent surtout vers trois ou quatre ans.

A quoi correspond le bégaiement ? Les pathogénies proposées invoquent des facteurs multiples : retard du langage, gaucherie contrariée, émotivité, facteur sinon causal, du moins certainement aggravant ; arriération affective enfin, fréquemment constatée.

Enurésie. — L'incontinence diurne des urines, à un âge où l'enfant doit normalement contrôler ses sphincters, a été rattachée, en dehors des causes physiques qui ne nous intéressent pas ici, à un certain degré de débilité motrice, en effet fréquemment associé, mais surtout à des facteurs affectifs, mis en lumière par les travaux psychanalytiques.

Tous ces faits peuvent donc être aisément constatés par le clinicien, qui utilise un interrogatoire patient des parents et de l'enfant, et les résultats de l'examen médical. Mais bien des anomalies discrètes, à manifestations purement psychiques, peuvent échapper à un tel examen somatique. C'est alors que le dépistage tel qu'il s'effectue actuellement prend toute sa valeur ; exécuté systématiquement, même chez des enfants en tous points normaux, et à la scolarité satisfaisante, il permet de mettre en évidence sinon des anomalies, au moins des tendances précieuses pour l'orientation ultérieure de l'enfant.

III. — LE DEPISTAGE DES ANOMALIES PSYCHIQUES DE L'ENFANT

Nous ne perdons pas de vue la partie purement médicale qui doit intervenir dans le dépistage des anomalies psychiques de l'enfant d'âge scolaire. C'est pourquoi avant d'envisager l'examen psychiatrique, proprement dit, nous indiquerons qu'est également utile l'interrogatoire des parents. Celui-ci doit en effet renseigner sur les antécédents héréditaires de l'enfant, éthylisme, épilepsie, arriérations, malformations, déséquilibres, comportements anti-sociaux, psychopathies, enfin spécificité chez les ascendants.

Dans les antécédents personnels figureront toutes les circonstances susceptibles d'avoir marqué la grossesse, l'accouchement, les premiers temps de la vie ; puis le développement de l'enfant, en ce qui concerne l'éruption dentaire, la marche, l'acquisition du langage, la propreté. On saura préciser la présence de convulsions symptomatiques d'encéphalite post-infectieuse, ou isolées. De même des antécédents de chorée, de poliomyélite, doivent être précisés.

La nature du sommeil, existence de terreurs nocturnes, d'agitation, de somnambulisme, les troubles de l'appétit, la situation de l'enfant dans la fratrie, les conditions du milieu familial, seront précisés.

Les circonstances et les résultats de la scolarité feront également l'objet d'une enquête minutieuse.

On arrive ainsi à l'étude du caractère proprement dit, avec recherches des troubles du comportement sous tous leurs aspects. La détermination du niveau mental se fait à l'aide de tests :

— les uns permettent d'évaluer l'intelligence générale : avance ou retard du développement intellectuel, les résultats étant exprimés en âge mental, ou quotient intellectuel. Une épreuve correspond à un âge mental déterminé lorsqu'elle est réussie par 75 p. 100 des sujets normaux de cet âge, et n'est pas accomplie par 75 p. 100 des sujets d'un âge immédiatement inférieur ;

— les autres ont pour objet principal l'analyse de l'intelligence. Les résultats, mesurables, s'expriment sous forme de graphique, de profil psychologique ;

— d'autres tests enfin cherchent à préciser le retard ou l'avance intellectuelle d'un sujet tout en permettant d'analyse de l'intelligence. Parmi ceux-ci, l'échelle métrique de BINET-SIMON, révisée par Terman, utilise l'intelligence verbale sans faire appel aux connaissances acquises ; l'échelle de mesure de l'intelligence par les tests de performance de GRAU ARTHUR ne faisant appel ni aux connaissances acquises, ni à l'intelligence verbale, sont les plus fréquemment utilisées. Les diverses épreuves que ces tests comportent permettent d'étudier l'acquisition, l'élaboration, les fonctions intermédiaires. Les résultats s'expriment en points qui correspondent pour chaque épreuve à des âges mentaux.

Nous avons dit que les troubles psychomoteurs pouvaient être à l'origine de retards scolaires plus

ou moins inexpliqués. On comprend alors que des examens permettent de les déceler.

Telle est par exemple l'échelle métrique d'OZERETSKY, applicable à des enfants de quatre à quinze ans, et qui se propose un double objet :

— d'une part, l'évaluation d'un niveau moteur, notion analogue à celle du niveau intellectuel, appréciant le niveau psychomoteur de l'enfant :

— d'autre part, l'analyse des composantes de la motricité : profil moteur sous tous ses aspects, coordination statique et dynamique des mains, coordination générale, rapidité des mouvements, simultanéité, recherche des syncinésies.

Le test de GESELL étudie le développement des fonctions motrices, le développement du langage, de l'adaptation du comportement social. Citons encore le test de HEUYER, celui de BAILLE.

L'étude du caractère enfin se fonde en particulier sur le test de RORSCHACH. C'est un procédé simple qui, sans recourir aux connaissances scolaires ni aux acquisitions intellectuelles spéciales, incite le sujet étudié à projeter à travers les perceptions suggérées par les planches qu'on lui présente certains traits essentiels de sa vie intime, de sa façon de vivre la réalité. Les dix planches présentées permettent au sujet de voir, selon sa structure psychique, son âge, ses préférences, son niveau mental ou affectif : soit des formes d'ensemble, des détails ou des micro-détails, soit des espaces intermaculaires, soit même des fragments de formes — interprétation rarement trouvée chez le normal ; les formes peuvent être perçues comme statiques, ou en mouvements, colorées ou non. Les contenus des perceptions sont également sujets à

En cas d'arriération profonde, ou bien on constate la coexistence de troubles neurologiques, de malformations, telles les encéphalopathies infantiles, les états dégénératifs héréditaires, les maladies fœtales ou familiales. En l'absence de stigmata, d'antécédent héréditaire, il faut envisager la possibilité d'affections acquises, en particulier par traumatismes obstétricaux.

Laissons également de côté les régressions intellectuelles présentes dans les démences infantiles et passons aux retards intellectuels peu profonds, souvent associés à la débilité motrice, et qui cliniquement vont se traduire par de la paratonie, des syncinésies, du tremblement, de petits déficits psychomoteurs que mettront en évidence les épreuves appropriées. Certaines débilités motrices peuvent relever d'une gaucherie contrariée avec parfois écriture en miroir ; on constate parfois aussi de la dysgraphie, de la dyslexie, se traduisant par des difficultés scolaires localisées à la lecture ou à l'écriture. Les troubles de la parole relèvent de causes motrices ou affectives en présence souvent d'une intelligence intacte.

Le retard scolaire étant précisé, il sera rattaché à l'un des troubles constatés ; si ceux-ci font défaut, il faut penser, en l'absence de tout trouble sensoriel, à une erreur pédagogique commandant une modification de la scolarité.

Les troubles du comportement doivent se rattacher soit à une étiologie constitutionnelle, hyperémotivité, psychasthénie, impulsivité, soit à une étiologie réactionnelle vis-à-vis du milieu. Mais on doit se rappeler que les séquelles encéphalitiques peuvent entraîner de telles manifestations.

Toute affection neurologique relevée dans les

antécédents personnels immédiats ou lointains doit être prise en considération : chorée, épilepsie.

Sur le plan somatique, les troubles endocriniens seront recherchés, en particulier en ce qui concerne l'hypothyroïdie (myxoedème), l'insuffisance surrénalienne, les insuffisances génitales, les troubles hypophysaires. L'état général global enfin doit être précisé dans cette recherche étiologique des anomalies de l'enfant.

Ainsi, le bilan doit tenir compte à la fois des renseignements fournis par le psychiatre, le pédagogue et le psychologue, enfin, par le clinicien.

Mais aujourd'hui on fait également intervenir des facteurs plus concrets, qui tiennent compte des conditions sociales dans lesquelles vit l'enfant étudié : la misère et la gêne, le chômage, le taudis, la débilité ou l'ignorance des parents, l'alcoolisme, sont de toute évidence pour le praticien familier de la condition des classes populaires, les causes fondamentales d'un grand nombre de troubles de la conduite des enfants (LE GUILLANT).

V. — TRAITEMENT

Selon le trouble observé, le traitement, le redressement, vont évidemment différer. Mais il est bien rare qu'il ne consiste pas en mesures complexes, tant le somatique et le psychique s'imbriquent :

Prescriptions médicamenteuses, selon les cas, cures arsenicales, ionisations calciques transcérébrales, endocrinothérapie, barbituriques, médications calmantes, ou excitantes. Si un traitement spécifique n'est pas nécessité par une constatation nettement pathologique, tout au moins une vie dominée par des prescriptions d'hygiène, d'aération, d'activité bien mesurée, d'alimentation, de sommeil, est toujours nécessaire. Il est rare que des troubles soient constatés sans qu'on puisse en partie les imputer à un manquement à ces diverses lois. Ce redressement ne suffit naturellement pas et selon la nature du trouble psychique prédominant, des décisions seront prises et appliquées sans tarder.

En cas de retard intellectuel, et en ne considérant que les sujets éducatibles ou semi-éducatibles, le choix d'une classe dite de perfectionnement, d'un internat, ou d'un institut médico-pédagogique s'impose.

La débilité motrice demande une rééducation motrice, par mécano-thérapie, par bricolage.

En cas de troubles caractériels, la psychothé-

rapie individuelle ou collective s'impose, qu'il s'agisse de névroses caractérisées, phobies, obsessions, de névroses infantiles dissimulées, inhibitions graves, absence de contrôle en présence d'un niveau intellectuel satisfaisant ; de troubles psychomoteurs ou psychosomatiques : anorexie mentale, énurésie, tics, voire même bégayement. La psychothérapie sera encore utile dans les troubles du comportement mais seulement lorsque l'intelligence est normale.

On sait que la psychothérapie comporte diverses modalités :

— psychanalyse en cas de névrose : traitement long, s'étalant sur des mois, en séances pluri-hebdomadaires ;

— psychothérapie constituant une simple rééducation affective très brève, « guidance » des auteurs anglo-saxons ;

— psychothérapie courte, d'inspiration analytique en une ou deux séances par semaine pendant quelques mois, qui ne peut d'ailleurs agir que sur un symptôme précis, l'énurésie par exemple.

Enfin, se développent en France actuellement les psychothérapies de groupe, efficaces en particulier chez les adolescents en internat.

Suivant l'âge, suivant les troubles, on saura donc s'adresser à l'une ou l'autre modalité de la psychothérapie.

Voyons enfin quelques cas particuliers :

— pour les déficients physiques purs, les classes de plein air s'imposent ;

— pour les retardés scolaires sans retard intellectuel, on saura choisir les classes de rattrapage.

L'instable sera traité par les sédatifs, les bromures, la rééducation psychomotrice, une pédagogie adaptée aux besoins de l'enfant, parfois la psychothérapie s'il n'y a pas de retard intellectuel ; enfin dans certains cas, le placement dans un internat spécialisé. Ces différents moyens s'appliquent simultanément.

Ce même traitement s'adapte aux tics ; quant au bégayement, il doit nécessiter une rééducation du langage, et parfois la psychothérapie.

C'est encore la psychothérapie qui est indiquée dans l'énurésie, sans préjudice évidemment du traitement médical sympathicomimétique ou parasympathicolytique, injections épidurales, actuellement rejetées.

*
* *

Dans une population scolaire, il existe donc un certain nombre d'enfants qu'une anomalie peu apparente du comportement psychique empêche de bénéficier des cours collectifs ; dépistée, cette anomalie est très souvent corrigeable. Négligée, elle risque, par un cercle vicieux bien compréhensif, de s'aggraver, et de compromettre tout l'avenir de l'enfant.

On comprend donc toute l'importance du dépistage qui se fait soit de façon systématique, soit à la demande d'un maître, d'une famille, d'un médecin consulté pour les difficultés scolaires éprouvées par le petit malade.

De plus en plus, les méthodes psychopédago-

giques actuellement en cours d'application vont éviter que se perpétuent ces anomalies que trop longtemps on avait étiquetées soit paresse, soit bêtise.

Les acquisitions faites dans le domaine de la médecine et de la psychopathologie montrent que l'enfant qui ne réussit pas pendant sa scolarité a une raison somatique ou psychique qui entrave son développement et son adaptation ; dépistée, cette anomalie est souvent perfectible, si on applique à l'enfant les méthodes thérapeutiques et pédagogiques qui lui conviennent. Devant un inadapté, c'est au milieu familial et scolaire à s'adapter : nous en possédons aujourd'hui les moyens, et la mise en œuvre simultanée d'un traitement médical et d'une pédagogie appropriée va permettre à l'enfant d'atteindre son plein développement, pour le plus grand bénéfice de l'individu et de la collectivité.

VI. — CONCLUSIONS

I. — L'attitude prise par la famille, le médecin, le pédagogue, devant un enfant qui ne réussit pas à faire une scolarité normale, a subi, ces dernières années, de profondes modifications : après avoir incriminé la sottise et la paresse, puis exclusivement l'état général et endocrinien, on a abouti récemment à une formule de compromis dans laquelle l'état somatique et psychique est judicieusement représenté.

II. — L'enfant peut être retardé dans sa scolarité par des facteurs très divers :

- troubles caractériels,
- troubles affectifs,
- troubles psychomoteurs.

Ces trois ordres de manifestations, d'importance variable, pouvant d'ailleurs s'intriquer pour réaliser des types morbides très divers.

III. — Nous possédons actuellement toute une gamme d'épreuves, de tests, collectifs et individuels, qui permettent de mettre en évidence le niveau mental, le profil caractériel de l'enfant. L'interprétation des résultats demande une connaissance profonde de la psychologie infantile normale

et pathologique, et tient compte évidemment des facteurs somatiques et du milieu.

IV. — Les anomalies du comportement psychique chez l'écolier, entraves à son développement régulier, nécessitent la mise en œuvre d'un traitement complexe :

— traitement et correction des manifestations pathologiques relevées ;

— psychothérapie individuelle ou collective selon le trouble mental à redresser.

V. — L'extension des mesures de dépistage et de redressement des anomalies psychiques de l'écolier va certainement, dans un proche avenir, réduire considérablement le nombre des inadaptés scolaires, futurs inadaptés sociaux. Il s'agit donc d'une œuvre de haute portée, aussi bien pour l'individu que pour la société.

Vu : *Le Doyen,*
L. BINET.

Vu : *Le Président de Thèse,*
HENRI BENARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
J. SARRAILH

VII. — NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

- BELEY. — Influence des méthodes thérapeutiques sur le pronostic des troubles du caractère. Congrès Int. Psych., Paris, 27 septembre 1950.
- M. BERGERON. — Organisation médico-pédagogique. *Enfance*, I, p. 71, janv. 1948.
- Une expérience à Naugeat-Limoges d'une organisation médico-pathologique pour enfants arriérés et semi-perfectibles. Groupement franç. d'Etudes Neuropsychopathol. Inf., 16 février 1948.
- Remarques sur l'organisation de l'assistance aux enfants arriérés, retardés scolaires, difficiles et délinquants dans le cadre départemental. Soc. Méd. Psych. in *Ann. Psych.*, 26 avril 1948.
- N. BERNHEIM. — Les tests en psychiatrie infantile. *Séméiol. Thérap.* IV, p. 724-725, juin 1950.
- M. H. BONOLI CIOLETTI. — Le test de Rorschach. Une technique et une expérience de T. A. T. Congrès Int. Psych., Paris, 27 septembre 1950.
- J. BOUTONIER. — L'arriération affective de l'enfant. *Enfance*, I, p. 44-45, février 1948.
- J. CAIN et J. CORRIOL. — Etude électro-encéphalographique d'un groupe d'enfants déficients rééducables. Confrontation des résultats EEG, cliniques et psychotechniques, II^e Congr. Int. Electro-encéphalographie, Paris, 3 septembre 1949.
- R. DIATKINE. — Les troubles psychomoteurs. Synthèse de *Séméiol. Thérap.* IV, p. 735-740, 1950.
- M. ECK. — Troubles de l'expression verbale et graphique chez les gauchers. XII^e Congr. Péd. Langue Franç., Paris, 3 juin 1949.

- J. EUZIÈRE et R. LAFON. — La formation du personnel nécessaire à l'hygiène mentale infantile. Montp. Méd., 19 mars 1948.
- G. HEUYER et S. LEBOVICI. — La psychothérapie couplée parents-enfants. Groupement Fr. Et. Neuropsychop. Inf., 16 février 1948.
- G. HEUYER. — L'étude des troubles du caractère chez l'enfant. Congr. Int. Psych. Paris, 27 septembre 1950.
- VON KREVELEN. — L'enfant unique. Congr. Int. Psych. Paris, 27 septembre 1950.
- R. LAFON. — Présentation d'un diagramme d'étude de l'enfant inadapté. Montp. Méd., 19 mars 1948.
- R. LAFON, J.-L. FAURE et MICHOD. — Les troubles d'adaptation chez l'enfant. Congr. Int. Psych. Paris, 27 sept. 1950.
- Cl. LAUNAY, BOREL MAISONNY, H. DUCHÊNE et R. DIATKINE. — Les troubles du langage chez l'enfant. XII^e Congrès Péd. Langue Fr., Paris, 3 juin 1949.
- S. LEBOVICI. — La psychothérapie chez l'enfant. Synthèse de Séméiol. Thérap. IV, p. 730-734, juin 1950. ..
- L. LE GUILLANT. — Les troubles du caractère chez l'enfant dans la pratique médicale. Synthèse de Séméiol. Thérap. IV, p. 726-729, juin 1950.
- P. LE MOAL. — Examen en consultation de neuropsychiatrie infantile. Synthèse de Séméiol. Thérap. IV, p. 715-719, juin 1950.
- F. MOLLET. — Troubles de l'affectivité et adaptation scolaire. Soc. Méd. Nord, 26 mai 1950.
- M. SCHACHTER. — La personnalité infantile et le test de Rorschach. Synthèse de Séméiol. Thérap. I, p. 92-94, 30 avril 1948.
- E. STERN. — Développement affectif de l'enfant au cours des premières années. VI^e Congr. Int. Péd., Zurich, 29 juillet 1950.
- SUNIER. — Pronostic des enfants issus de parents psychotiques. Congr. Int. Psych. Paris, 27 juillet 1950.